Aus der Brandenburgischen Landesanstalt zu Teupitz und der Universitäts-Nervenklinik der Charité zu Berlin

Mißbildungen der Hand bei genuiner Epilepsie

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Rudolf Lochmann
aus Ludwigsburg/Württ.

Tag der Promotion: 10. April 1940

M 8

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz

Referent: Prof. Dr. de Crinis

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153504_0229

Mißbildung der Hand bei genuiner Epilepsie

Das Vorkommen von Mißbildungen und anderen pathologischen Zuständen des Körpers bei bestimmten Geisteskrankheiten wird schon seit langem beobachtet und in der Fachliteratur registriert. So weisen ältere und neuere Handbücher der Psychiatrie und Neurologie in fast völliger Übereinstimmung auf das relativ häufige Vorkommen von körperlichen Bildungsfehlern bei Epileptikern hin. Von den älteren Autoren (F. Hartmann, H. di Gaspero und anderen) wurden diese Mißbildungen als Entartungszeichen gewertet.

Hauptsächlich werden folgende Mißbildungen und pathologische Körpereigentümlichkeiten bei Epileptikern beschrieben: Asymmetrien des Skeletts, besonders des Schädel- und Gesichtsskeletts; Mißbildungen der Ohren, Zähne, Genitalien, der Hände und Füße; Strabismus, Nystagmus, habituelle Anisokorie und Linkshändigkeit.

Handmißbildungen wurden besonders von französischen Psychiatern beobachtet. So wird diese Erscheinung mehrfach von Léon Morel erwähnt.

Neuere Beobachtungen dieser Art konnten von uns in der Literatur nicht gefunden werden.

In vorliegender Arbeit sollen nun nicht nur grobe Handmißbildungen bei genuinen Epileptikern beschrieben werden, sondern es soll auch durch Reihenuntersuchung eine Beobachtung einer an sich unbedeutenden Variante der Epileptikerhand auf ihre Richtigkeit hin geprüft werden. Es war nämlich aufgefallen, daß bei Epileptikern sehr häufig der 2. Finger den 4. an Länge übertraf.

Als Material für die Arbeit standen zur Verfügung:

1. Etwa 1500 Geisteskranke der Brandenburgischen Landesanstalt Teupitz,

2. das Aktenarchiv derselben Anstalt, von dem etwa 2500 Krankengeschichten der Jahre 1900 bis jetzt durchgesehen wurden.

Ad 1. Von den 1500 Anstaltinsassen leiden laut Krankengeschichte 136 an Epilepsie. Davon wurden 32 Fälle nach Anamnese bzw. Befund als symtomatische Epilepsie diagnostiziert. Es sind dies besonders Fälle von Epilepsie infolge Schädeltrauma, cerebraler Kinderlähmung und Lues congenita.

In drei weiteren Fällen erschien die Diagnose „Genuine Epilepsie“ nach genauer Durchsicht von Anamnese, Krankheitsverlauf in der Anstalt und nochmaliger Untersuchung der Kranken doch als zweifelhaft, zum mindesten als nicht sicher genug. So wurden in einem Fall noch Angaben über eine Kopfverletzung gefunden, die bisher vielleicht nicht genügend beachtet war.

Nach Abzug der symptomatischen Epilepsien und der zweifelhaften Fälle verblieben zur Untersuchung und Auswertung 101 Fälle von genuiner Epilepsie, die sich in 52 Männer und 49 Frauen aufteilten.

Eine gewisse Auslese dieses Epileptikermaterials besteht insofern, als es sich — dem Wesen einer Landesanstalt für Psychiatrie entsprechend — durchweg um Epilepsie mit Seelenstörung handelt, wobei die Seelenstörung in allen Fällen schon so groß ist, daß sie den Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt nötig macht.

Abgesehen von dieser Einschränkung finden sich unter den 101 epileptischen Männern und Frauen alle Formen und Zustände dieser vielgestaltigen Erkrankung, alle Übergänge von Fällen mit nur wenigen oder nur periodisch gehäuft vorkommenden Krampfanfällen bis zu solchen mit fast täglichen Krampf- und Schwindelanfällen. Dasselbe Bild bietet sich bei der Betrachtung der psychischen Veränderungen, auch hier Kranke mit relativ geringer seelischer Störung bis zum völlig verblödeten, nur noch vegetativ dahinlebenden Epileptiker.

Ad 2. Bei der Durchsicht des Aktenarchivs wurden nur gut geführte Krankengeschichten verwertet. Unter den 2500 durchgesehenen Krankengeschichten, die in der Zeit von 1900 bis jetzt — mit Ausnahme der Weltkriegszeit — abgeschlossen wurden, fand sich 150mal die genau angegebene Diagnose „Genuine Epilepsie“. In etwa ebensovielen Fällen, besonders in den älteren Krankengeschichten, war nur „Epilepsie“ als Diagnose angegeben. Nach genauer Sichtung und nochmaliger Prüfung konnte in 220 Fällen die Diagnose „Genuine Epilepsie“ mit größter Wahrscheinlichkeit bestehen bleiben bzw. dahingehend präzisiert werden. Von den 220 waren 154 Männer und 66 Frauen.

Natürlich konnten in diesen Krankengeschichten nur dann Angaben über Mißbildungen der Hände vorgefunden werden, wenn es sich um deutliche, die Funktion oder mindestens die Form der Hand schwer beeinflussende Fehler handelte. Bei der Untersuchung der oben angeführten Variante der Fingergröße, mußte das Krankengeschichtenmaterial außer Betracht bleiben, da sich hierfür selbstverständlich keine Notizen fanden.

Zur genauen Untersuchung der Hände zwecks Feststellung der Verhältnisse der Fingerlängen standen also 101 Kranke zur Ver-

fügung (52 Männer und 49 Frauen). Bei der Betrachtung der Hände wurde in folgender Weise vorgegangen:

Die Patienten legten die Hände unter Adduktion der Finger auf eine glatte Unterlage. Es wurde besonders darauf geachtet, daß weder Ulnar- noch Radialflexion der Hand bestand. Der Mittelfinger mußte also genau ad axim mit dem Unterarm stehen. Denn, wie man sich selbst mit Leichtigkeit überzeugen kann, wird das Längenverhältnis gerade des 2. und 4. Fingers durch jede Abscherbewegung der Hand verändert (s. Abb. 1).

Es ergaben sich nun folgende Ergebnisse: Die richtige Fingerformel 3>4>2>5>1 an beiden Händen fand sich nur bei 33, also bei 32,7% der untersuchten Epileptiker. Bei 52 Patienten (= 51,5%) war dagegen an beiden Händen oder an einer Hand der Zeigefinger länger als der Ringfinger.

Daß an beiden Händen die Fingerformel 3>2>4>5>1 lautete, also der Zeigefinger länger als der Ringfinger war, war in 18 Fällen oder 17,8% der untersuchten Kranken der Fall.

Bei zwei Epileptikern und einer Epileptikerin konnten keine diesbezüglichen Untersuchungen angestellt werden, da schwere Verbildungen der Hände durch Traumen oder Mißbildungen vorlagen.

Um nun Vergleichsmöglichkeiten mit den Verhältnissen beim Gesunden zu haben, wurden dieselben Untersuchungen bei gesunden Menschen, hauptsächlich unter dem Pflegepersonal der Anstalt, ausgeführt. Es wurden je 50 Männer und Frauen daraufhin untersucht.

Die hierbei gewonnenen Ergebnisse weichen nun beträchtlich von denen der Epileptiker ab. Für die Gesunden gilt in 62% der Fälle an beiden Händen die richtige Fingerformel, d. h. der Ringfinger ist größer als der Zeigefinger. Nur bei 8% ist an beiden Händen der Zeigefinger größer als der Ringfinger, gegen 17,8% bei den Kranken.

Umstehende Tabellenübersicht mag die Verhältnisse in den einzelnen Gruppen angeben und gegenüberstellen.

Wie ersichtlich, zeigen Männer und Frauen untereinander sowohl bei den Gesunden wie bei den Kranken sehr ähnliches Verhalten. Auffallend ist, daß bei den weiblichen Epileptikern die richtige Fingerformel häufiger vorkommt als bei den männlichen Mitkranken (36,7% gegen 28,8%); bei den Gesunden ist es umgekehrt (60% gegen 64%).

Der Fall, daß an beiden Händen der 2. und 4. Finger gleich lang waren, ist bei der kranken wie bei der gesunden Gruppe relativ oft vorgekommen. Bei den Epileptikern war dies in 11,9%, bei den Gesunden in 10% der Fall.

Die Länge, mit der der Zeigefinger den Ringfinger in den entsprechenden Fällen überragte, war natürlich bei den Einzelnen ver-

Tabellen-Übersicht

	Epilep-tiker	Gesunde	Epil. Männer	Gesunde Männer	Epil. Frauen	Gesunde Frauen
1. Gesamtzahl	101	100	52	50	49	50
2. An beiden Händen richtige Fingerformel (3>4>2>5>1).	33	62	15	32	18	30
Dto. in Prozent	32,7	62	28,8	64	36,7	60
3. An beiden Händen 2.>4. Finger. Fingerformel: 3>2>4>5>1.	18	8	10	4	8	4
Dto. in Prozent	17,8	8	19,2	8	16,3	8
4. An der rechten Hand 2.>4. Finger. Links: 2.=4. oder 4.>2.	15	9	8	5	7	4
Dto. in Prozent	14,8	9	15,4	10	14,3	8
5. An der linken Hand 2.>4. Finger. Rechts: 2.=4. oder 4.>2.	19	9	9	4	10	5
Dto. in Prozent	18,8	9	17,3	8	20,4	10
6. An beiden Händen 2.=4. Finger. Fingerformel: 3>4=2>5>1.	12	10	6	6	6	4
Dto. in Prozent	11,9	10	11,5	12	12,2	8
7. Nicht feststellbar bei: . . .	3	2	2	2	1	0
Dto. in Prozent	3,0	2	3,8	4	2,0	0

schieden. Oft war der Längenunterschied gerade noch einwandfrei zu erkennen, in anderen Fällen war er 1 cm und länger.

Der zweite Teil dieser Arbeit soll nun die gefundenen schweren Handmißbildungen bei genuiner Epilepsie behandeln.

Unter den 101 Epileptikern der Anstalt war ein Kranker mit schwerer angeborener Mißbildung der rechten Hand. Nachstehend mag der Fall folgen:

Fall 1 (s. Abb. 2). Patient Karl M., geb. März 1904.

Familienanamnese: Der Vater stammte aus einer kinderreichen Familie, besondere Krankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen. Keine Geisteskrankheiten, keine Suicide. Ein Bruder der Mutter soll als Kind an Krämpfen gestorben sein. Die Mutter selbst war wenig intelligent, sie starb jung an Pneumonie. Drei ältere Geschwister, zwei Brüder und eine Schwester, sind gesund; ein Bruder ist gefallen. Aus der zweiten Ehe des Vaters stammen zwei Kinder, die beide gesund sind.

Eigene Anamnese: K. M. fiel als kleines Kind in keiner Weise auf. Die angeborene Verkrüppelung der rechten Hand hinderte ihn nur wenig beim Spiel und in der Schule. In der Schule lernte er sehr schlecht, blieb zweimal sitzen. Im 12. Lebensjahr wurden bei ihm die ersten Krampfanfälle beobachtet. Von da ab ließen die geistigen Fähigkeiten stark nach. Er kam überhaupt nicht mehr in der Schule mit und verlernte alles. Zur besseren Ausbildung wurde er deshalb in einer Anstalt aufgenommen. In der Pubertätszeit werden monatlich etwa zwei bis drei Krampfanfälle beobachtet. Patient wird immer schwachsinniger, ist aber willig und fleißig. Arbeitet als Korbflechter.

Mit 17 Jahren wird er in der Anstalt Teupitz aufgenommen, da er immer mehr verblödet und sich kaum noch selbst besorgen kann. Hier bot er stets dasselbe Bild: freundlich-läppisch-schwachsinniges Gebaren. Er hat etwa drei bis vier Anfälle im Monat, meist innerhalb weniger Tage. Zweimal war Patient in einen schweren Status epilepticus geraten. Beide Male hatte er etwa sechs bei sieben Stunden lang alle zehn Minuten sich wiederholende Anfälle; nach einigen Tagen hatte er sich wieder erholt.

Jetziger Befund: Mittelgroßer Patient in ausreichendem E.Z. und K.Z. Symmetrische Schädelform, an der Gesichtsbildung fällt die ziemlich stark nach rechts abweichende Nase auf. Pupillen o. B. An beiden Wangen und zum Teil an den Schläfen sind beiderseits fast handtellergroße Stellen, die dicht von Acne rosacea bestanden sind. Die Zunge zeigt seitlich mehrere alte Bißnarben. Es besteht ein hoher Gaumen, die Zähne sind stark defekt.

Innere Organe und Reflexe o. B. Luesreaktionen neg.

Die angeborene Mißbildung des rechten Unterarmes und der Hand kann wie folgt beschrieben werden (s. auch Abb. 3 und 4).

Der rechte Oberarm ist wohlgebildet, bleibt aber etwas an Länge gegenüber dem linken zurück: Acrominon bis Olecranon rechts 31 cm, links 34 cm. Auch die Muskulatur ist rechts etwas schwächer als links: Größter Umfang rechts 23 cm, links 27 cm. Beiderseits sind die Schulter- und Ellenbogengelenke aktiv und passiv ausreichend beweglich. Der rechte Unterarm ist bedeutend verkürzt (rechts 16 cm, links 28 cm lang). Seine Muskulatur ist gering. Die Umfänge betragen:

rechts in der Unterarmmitte . . .	13,0 cm,
links in der Unterarmmitte . . .	21,0 cm,
rechts über der Handwurzel . . .	15,0 cm,
links über der Handwurzel . . .	16,5 cm.

Die rechte Hand ist ebenfalls bedeutend kleiner als die linke. Die Hand steht in starker Ulnarflexion; ist aber nicht völlig fixiert, sondern es lassen sich aktiv und passiv geringe Bewegungen ausführen im Sinne einer Ulnar- und Radialflexion. In Mittelstellung beträgt der Winkel zwischen Unterarm und Hand auf der Kleinfingerseite 100° bis 110°. Die Dorsal- und Volarflexion ist aktiv nicht möglich, passiv lassen sich geringe Wackelbewegungen ausführen.

Die Metacarpi sind vollzählig, richtig ausgebildet, nur kleiner als links. Die Finger 2—4 sind fast gleich lange, kurze Stummel; der 3. Finger ist etwas länger. Die Finger bestehen alle aus je drei gleichlangen Phalangen. Es liegt also eine Brachyphalangie vor. Der Daumen ist am besten ausgebildet; er hat zwei Glieder und einen kleinen Fingernagel, während die Endglieder der anderen Finger nur kurze, krallenähnliche Nagelgebilde tragen.

Die Bewegung der Finger ist aktiv und passiv in den Interphalangealgelenken wie in den Metacarpo-phalangealgelenken nur wenig eingeschränkt. Die grobe Kraft ist dagegen stark herabgesetzt.

Der Patient führt mit seinem rechten Arm hauptsächlich Bewegungen im Ellenbogengelenk aus. Mit den Fingern greift er nur wenig zu. Er gebraucht aber bei leichten mechanischen Arbeiten, z. B. Bindfadenreißen, die rechte Hand zur Unterstützung der kräftigen linken.

Psychisch bietet M. jetzt das Bild des imbecill gewordenen Epileptikers. Er hat monatlich zwei bis drei Anfälle, besonders nachts. Danach ist er oft einige Tage benommen. Neben der außerordentlich umständlichen Ausdrucksweise fällt bei dem Patienten das starke Stottern auf.

Die weiteren hier zu beschreibenden Fälle von Handmißbildungen bei genuiner Epilepsie sind dem Krankengeschichtenmaterial entnommen. Unter den 220 Fällen fanden sich viermal Angaben über solche angeborene Mißbildungen. Die Krankenblattnotizen sind glücklicherweise jedesmal ziemlich klar, verhätnis-

mäßig ausführlich gehalten, so daß man sich noch ein gutes Bild machen kann. In einem Fall ist sogar ein Auszug aus dem Sektionsprotokoll, die Handmißbildung betreffend, vorhanden.

Fall 2. Erich M., geb. Mai 1865.

In der Familienanamnese wird hervorgehoben, daß eine Schwester der Mutter mit 20 Jahren bei einem Krampfanfall ums Leben gekommen sei. Ein Bruder des Patienten sei Hilfsschüler gewesen und mit 18 Jahren in einer Anstalt gestorben. Er habe einen Klumpfuß gehabt.

E. M. hat als Kind gut gelernt und ist aus der 1. Klasse der Schule entlassen worden. Durch seine angeborene Handmißbildung wurde er anscheinend wenig gestört, denn er ging nach Schulentlassung zu einem Zimmermann in die Lehre.

Mit 17 Jahren traten die ersten Krampfanfälle auf, „ohne daß ein Anlaß vorhanden gewesen wäre". M. mußte wegen der sich immer häufig wiederholender Anfälle das Handwerk aufgeben und half beim Bauern. Mit 28 Jahren heiratete er eine Magd; damals hatte er etwa monatlich drei bis vier Anfälle.

Im Jahre 1895 mußte M. in der Anstalt aufgenommen werden, er war damals 30 Jahre alt. „M. hatte das ganze Dorf bedroht und wollte alles anzünden." In der Anstalt zeigte sich M. als sehr gewalttätiger, brutaler Mensch. Er griff Pfleger und andere Kranke an. Sonst macht er einen reichlich schwachsinnigen Eindruck. Er erzählt immer weitschweifig und umständlich, warum er das ganze Dorf verbrennen wollte. Von einem Urlaub, in dem ihn seine Ehefrau nach Hause holt, muß er schon nach zwei Tagen zurückgebracht werden, da „er mit der Axt auf einen Nachbarn losgeht". Im Laufe der Jahre nimmt die Häufigkeit der Anfälle zu, mit 40 Jahren hat er etwa alle Wochen ein bis zwei Anfälle. Er verblödet immer mehr und stumpft allmählich ab. Die letzten drei Lebensjahre ist er völlig unansprechbar. Im Januar 1914 kommt er mit 48 Jahren ad exitum. Als Todesursache ist Pneumonie angegeben.

Außer der Handmißbildung sind beim körperlichen Status keine auffallenden Tatsachen angegeben. Über die Hand geben die Aufzeichnungen im Untersuchungsbefund und im Auszug aus dem Sektionsprotokoll folgendes an:

Ober- und Unterarm beiderseits gut entwickelt und kräftig. Die linke Hand ist etwa ebensogroß wie die rechte. Die Mißbildung betrifft nur den 4. und 5. Finger der linken Hand. An Stelle dieser beiden Finger sind nur zwei kleine etwa 2 cm lange Stummel vorhanden. Die distalen Enden dieser verbildeten Finger tragen kleine krallenähnliche Fingernägel. Über die Beweglichkeit dieser Finger finden sich keine Angaben.

Bei der Sektion wurde dann noch festgestellt, daß diese Fingerreste aus nur einer kurzen Phalanx bestanden. Es war also ein Fall von Monophalangie.

Fall 3.

In Beziehung auf die Handmißbildung zeigt dieser Fall äußerlich eine gewisse Ähnlichkeit mit dem vorigen. Die angeborene Mißbildung zeigte sich darin, daß der 5. Finger der rechten Hand außerordentlich kurz, nur so lang wie das Grundglied des 4. Fingers war. Er bestand aber nicht aus nur einer Phalanx, sondern aus drei ganz kleinen, untereinander gelenkig beweglichen Gliedern. Näheres ist darüber nicht angegeben.

Der Krankheitsverlauf des Trägers der Mißbildung ist folgender:

Frau Martha B., geb. 1880 als uneheliches Kind einer Magd. Die Mutter galt als leicht schwachsinnig, der Vater war unbekannt. Sonst ist familienanamnestisch nichts bekannt.

Mit sieben Jahren traten bei dem Kind, das sich bisher normal entwickelt hatte, die ersten epileptischen Krampfanfälle auf. Es lernte in der Schule noch ausreichend und wurde aus der 1. Klasse der Dorfschule entlassen. B. arbeitete nach Schulentlassung als „Dienstmagd" beim Bauern. Nach der Pubertät wurden die Anfälle immer häufiger, sie traten nun fast alle Wochen auf. B. „kam mit ihrer Arbeit nicht mehr zurecht, saß immer in der Küche herum und träumte". Mit 18 Jahren kam sie in die Anstalt, nachdem sie einen Suicidversuch (Erhängen) gemacht hatte. Hier bot sie das Bild der verworrenen Epileptikerin. Zeitweise hatte sie schwere Angstzustände, oft war sie sehr erregt. Sie half etwas im Anstalsbetrieb. Die Anfälle wiederholten sich etwa alle Wochen. Mit 41 Jahren starb sie im Status epilepticus.

In den beiden letzten Krankengeschichten, die ich noch anführen möchte, sind beides mal Fälle von Syndaktylie angegeben.

Fall 4. Robert W., geb. 1872.

In der Familienanamnese ist erwähnenswert, daß ein Bruder des Patienten einen Wasserkopf hatte und als Kind starb. Eine Schwester endete durch Suicid. Der Vater litt schon als Kind an „Krämpfen".

R. W. hatte mit 22 Jahren die ersten Krämpfe. Mit 25 Jahren hatte er anscheinend einen epileptischen Dämmerzustand: „er rannte wie toll von zu Hause weg und wurde erst nach drei Tagen auf einem Felde schlafend aufgefunden". Von Beruf war W. Gärtner.

In der Anstalt, in der W. nur zwei Jahre war, war er anfangs öfters verstimmt und leicht reizbar. Später besserte sich das, so daß er entlassen werden konnte. Es wurden bei ihm schwere Anfälle beobachtet, die sich manchmal gehäuft hauptsächlich nachts einstellten.

Der Befund an der Hand wird wie folgt angegeben: Die Finger 3—5 der linken Hand waren durch eine Schwimmhaut verbunden. Diese reichte zwischen dem 3. und 4. Finger bis zur Hälfte des zweiten Gliedes; zwischen dem 4. und 5. Finger ging sie nur bis zum ersten Interphalangealgelenk. Die Finger sollen aber trotzdem einzeln ganz gut beweglich gewesen sein. Man kann also annehmen, daß es sich um eine ziemlich weite Schwimmhaut handelte.

Fall 5.

In diesem Fall bestand eine Schwimmhaut nur zwischen dem 3. und 4. Finger. „Die Finger standen dicht beisammen, doch waren ihre Glieder gut ausgebildet.“ Diese Handbeschreibung findet sich in der Krankengeschichte eines „Vagabunden und Potators“, der 1920 in verwahrlostem Zustand in der Anstalt aufgenommen werden mußte.

Es war dies der 49 Jahre alte Heinrich Z. Er lebte nur noch drei Jahre in der Anstalt und starb dann nach einem Schenkelhalsbruch. Er hatte seltene, aber sehr schwere Anfälle, nach denen er oft wochenlang völlig verwirrt blieb. Sonst war er querulatorisch und oft gereizt. Über Vorgeschichte und Familienanamnese ist den Umständen entsprechend nichts bekannt.

Es konnten also unter den 101 in der Anstalt lebenden Epileptikern und unter den 220 den Krankengeschichten entnommenen Fällen fünfmal Mißbildungen der Hände bei genuiner Epilepsie festgestellt werden. Das sind über 1,5%. Auffallend ist, daß es sich bei den Mißbildungen mit Ausnahme eines Falles um Männer handelt. Die 206 männlichen Epileptiker stellten also 4 Fälle (fast 2%), wohingegen die 115 Frauen nur einmal eine angeborene Handmißbildung aufwiesen. .

Abb. 1. Typische Epileptikerhand mit langem Zeigefinger

Abb. 2. Epileptiker mit angeborener Handmißbildung

Abb. 3. Angeborene Handmißbildung (Handrückenseite)

Abb. 4. Dieselbe Hand (Handtellerseite)

Zusammenfassung

1. Es wurden durch Untersuchungen bei genuinen Epileptikern und bei Gesunden die Richtigkeit der Beobachtung bestätigt, daß bei Epileptikern häufiger als bei Gesunden der Zeigefinger länger als der Ringfinger ist.

Zu dieser Untersuchung standen 52 epileptische Männer und 49 epileptische Frauen zur Verfügung. Zum Vergleich wurden 50 gesunde Männer und ebensoviel Frauen untersucht.

Bei den Gesunden hatten 62% an beiden Händen die richtige Fingerformel (also längeren Ring- als Zeigefinger). Bei den Kranken war dies nur bei 32,7% der Fall.

8% der Gesunden hatten an beiden Händen längere Zeigefinger, bei den Kranken waren es dagegen 18%.

Über die Hälfte der Epileptiker (51%), aber nur etwas mehr als ein Viertel der Gesunden (26%), hatte an einer oder an beiden Händen einen längeren Zeigefinger.

Für Frauen und Männer liefen die Ergebnisse bei Gesunden und Kranken im Wesentlichen parallel.

2. Für die Betrachtung schwerer Handmißbildungen bei genuinen Epileptikern standen 101 noch lebende Anstaltsinsassen und die Krankengeschichten von 220 verstorbenen oder entlassenen Kranken zur Verfügung.

Es fanden sich in diesem Krankengut fünf Fälle von angeborener Mißbildung der Hand, und zwar folgende Arten:

Zwei Fälle von Brachyphalangie, einer davon mit schwerer Mißbildung des Unterarmes und der Hand.

Ein Fall von Eingliedrigkeit des 4. und 5. Fingers einer Hand.

Zwei Fälle von Syndaktylie.

Nur in einem Falle zeigte sich die Mißbildung bei einer weiblichen Person.

Literaturangabe

Binswanger: Die Epilepsie.

Hartmann, F., und di Gaspero: Epilepsie in Lewandowsky, Lehrbuch der Neurologie.

Schol, W.: Epilepsie in Bumke, Handbuch der Geisteskrankheiten, spezieller Teil 7.

Morel, L.: Traité des dégénérescenses physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine.

Lebenslauf

Verfasser wurde am 23. September 1912 in Ludwigsburg (Württ.) als Sohn des Kaufmanns Richard Lochmann geboren. Nach dreijähriger Vorschulzeit besuchte er die Oberrealschulen in Ludwigsburg (Württ.) und Eßlingen (Neckar). Von Ostern 1928 ab war er in den Seminaren Schöntal (Jagst) und Urach (Württ.), wo er im Februar 1932 die Reifeprüfung bestand. Im Sommersemester 1932 und im Wintersemester 1932/33 studierte er Medizin in Tübingen. Vom Sommersemester 1933 an setzte er neun Semester lang ununterbrochen sein Studium in Berlin fort. Im Oktober 1934 bestand er in Berlin die ärztliche Vorprüfung und im November 1937 die ärztliche Staatsprüfung. Ab 15. November 1937 war er ein Jahr lang am Städtischen Krankenhaus in Wittstock (Dosse) tätig mit Ausnahme der Zeit vom 1. Mai bis 30. September, wo er am Pathologischen Institut des Städtischen Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt als Med.-Prakt. arbeitete. Am 15. November 1938 erhielt Verfasser die Bestallung als Arzt. Seit dem 1. Dezember 1938 ist er Assistenzarzt an der Brandenburgischen Landesanstalt Teupitz. Am 1. Oktober 1935 trat er in die HJ. ein; seit dem 20. April 1939 ist er Truppenarzt der HJ.